

Année 1955

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

1113

par

Andrée Marie Alberte P A Q U E L I N
Externe des Hôpitaux de Paris
née le 30 juin 1923 à RABAT (Maroc)

présentée et soutenue publiquement le

LA RETICULINE DANS LES SARCOMES DE LA CHOROIDE

ELEMENT PRONOSTIQUE

Président : M. VELTER, Professeur d'Ophtalmologie

Année 1955

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Andrée Marie Alberte P A Q U E L I N
Externe des Hôpitaux de Paris
née le 30 juin 1923 à RABAT (Maroc)

présentée et soutenue publiquement le

LA RETICULINE DANS LES SARCOMES DE LA CHOROIDE

ELEMENT PRONOSTIQUE

Président : M. VELTER, Professeur d'Ophtalmologie



Doyen honoraire

M. BAUDOUIN

Professeurs honoraires :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillain, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaitre, Lemierre, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Ombrédanne, Sannié, Sézary, Tanon.

D o y e n Léon BINET
Membre de l'Institut

Assesseur Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DEIARUE (A.)
Bactériologie	N.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	N....
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.F.)
	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu	DE GAUDART-D'ALLAINES (P.)
(Broussais	N....
(Salpêtrière	QUENU (J.)
(Cochin	
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique ...	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de Puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRÉ (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLIARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
	N....
Cliniques médicales (Hôtel-Dieu	N....
(Bichat	MOREAU (R.)
(Cochin	DE GENNES (L.)
(Broussais	
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALÉRY-RADOT (L.)

Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
(Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque	N...
(Port-Royal	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problè- mes alimentaires	RICHET (G.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chi- rurgie	N...
Histologie	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX (G.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée ...	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expé- rimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (P.P.)
Pathologie médicale	BARIENTY (M.)
Pathologie et thérapeutiques générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

	M.M.		M.M.
Anato- (DELMAS (A.) pr.s.ch.		Bactériologie (NEVOT (A.)	
mie (DEBEYRE (J.)		(N...	
(Olivier ()		Biochimie (ETTORI (J.) pr.s.ch.	
(N...		médicale (N...	
Anato- (GAUTHIER-VILLARD		Biologie médi- (BOURLIERE (F.)	
mie pathol. Mlle .P.)		cale	
(BUSSER (F.)		Dermato-	
(GOUYGOU (Ch.)		syphiligraphie DUPERRAT (F.)	

Embryologie	TUCHMANN	Pathologie	(LAMOTTE (M.))
	(BULLIARD (H.))	médicale	(LAROCHÉ (Cl.))
Histologie	{ pr.s.ch.		(MILLIEZ (P.))
	{ N...		(PEQUIGNOT (H.))
	{ N...		(PERRAULT (M.))
Hydrologie	{ N...		(RAMBERT (P.))
Hygiène (pr.s/ch.)	{ BOYER (J.)		(THIEFFRY (St.))
	{ DEPARIS		(TURIAF (J.))
Maladie			{ N...
infectieuses	{ N...		{ N...
Médecine légale	{ DEROBERT (L.)		{ N...
du travail	{ GAULTIER (M.)		{ N...
	{ HADENGUE (A.)		{ N...
	{ N...		{ N...
Neurochirurgie	{ DAVID (M.)		{ N...
Neurologie	{ N...	Pédiatrie	{ JOSEPH (R.)
	{ ERASSET (J.)		{ N...
	{ LEPAGE (F.)		{ N...
	{ MERGER (R.)		
Obstétrique	{ MORIN (P.)	Pharmacologie	{ CHEYMOL (J.)
	{ Ravina (J.)	{ (Pr.s.ch.)	{ LEVY (Mlle J.)
	{ N...		
	{ N...	Physiologie	{ BARJETON (D.)
Ophtalmologie	{ DESVIGNES (P.)	{ (Pr.s.ch.)	{ PARROT (J.)
	{ N...	Physiologie.....	{ DEJOURS (P.)
Orthopédie	{ JUDET (R.)		
Oto-Rhino-laryn-	{ AUBRY (M.)	Physique médicale	{ DJOURNO (A.)
gologie	{ MADURO (R.)	{ (Pr.s.ch.)	{ GOUGEROT (L.)
Parasitologie ...	{ CHABAUD (A.)	Pneumo-phthisio-	{ KREIS (B.)
	{ N...	logie	
	{ ABCULKER (P.)	Psychiatrie	{ N...
Pathologie chi-	{ BAUMANN (J.)	Psychiatrie	
rurgicale	{ GOSSET (J.)	infantile	{ MICHAUX (J.)
	{ LAURENCE (G.)	Rhumatologie.....	{ N...
	{ LORTAT-JACOB (J.)	Stomatologie	{ CHAPUT-Mme A.)
	{ OLIVIER (Cl.)		{ CERNEA (P.)
	{ VERNE (J.M.)	Thérapeutique	{ N...
	{ POYEUX	Urologie	{ KUSS (R.)
	{ N...		
	{ N...		
	{ N...		
	{ N...		
	{ N...		
	{ N...		
	{ N...		
	{ N...		
Pathologie	{ N...		
expérimentale	{ N...		
	{ BERNARD (J.)		
Pathologie	{ BOUDIN (G.)		
médicale	{ CASTAIGNE (P.)		
	{ CONTE (M.)		
	{ DOMART (A.)		

III- PROFESSEURS SANS CHAIRE
ET AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE à titre
permanent

Clinique chirurgicale :

MM.
AMELINE (A.) - HUGUIER (J.) -
BOUDIN (G.) - LEGER (L.) - PADOVANI (P.) -
CASTAIGNE (P.) - PATEL (J.) - ROUX (M.) -
CONTE (M.) - RUDLER (J.-C.) - SIGARD (A.)
DOMART (A.)

Clinique médicale : { BROUET (G.)
 { N...
 { DECOURT (J.)
 { DREYFUS (Gilbert)
 { FAUVERT (R.)
 { HAGUENEAU (M.) (Pr.s.ch.)
 { HAMBURGER (J.)
 { KOURILSKY (R.)
 { MARCHAL (G.)
 { SOULIE (E.)
Clinique obstétricale : { ESCALLE (G.)
 { MAYER (M.)
 { VARANGOT (G.)
Clinique ophtalmologique { OFFRET (G.)
 { RENARD (G.)
Clinique urologique : COUVELAIRE (R.)

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
 Secrétaire Mlle CHAINTREUIL
 (G.)

Conservateur chargé de la direction : M. le Docteur HAHN (L.)
 Conservateur Mlle GOICHON
 Bibliothécaires Mlles DUMAITRE (P.)
 LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
 QUIEVREUX (E.)

A MES PARENTS

auxquels je dois tout.

A mon Maître, Monsieur le Professeur VELTER
qui a bien voulu me faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,

Hommages respectueux.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Agrégé OFFRET,
chez qui j'ai trouvé aide et compréhension;
qui a orienté mes premières expériences
en anatomo pathologie oculaire.

Qu'il trouve ici l'assurance de ma reconnaissance
et de mon profond respect.

A mes maîtres d'externat :

Monsieur le Professeur VELTER

Monsieur le Professeur Agrégé DESVIGNES

Monsieur le Docteur HARTMANN

Monsieur le Docteur MORAX

Monsieur le Docteur BLANCARD

Monsieur le Professeur DEPARIS

Monsieur le Docteur ANTONELLI

Monsieur le Professeur Agrégé RENARD

Monsieur le Professeur agrégé BRIGÉAT

Monsieur le Docteur BOUCHET

Monsieur le Docteur DEBAIN

Monsieur le Docteur PIALLOUX

Monsieur le Docteur FLVORY

LA RETICULINE DANS LES SARCOMES CHOROÏDIENS

élément pronostique

• • • • •

Nous avons entrepris ce travail sur les sarcomes choroïdiens, après avoir lu un article paru en 1935 dans l'American Journal Of Cancer, sous la signature de Callender et Wilder. Cet article nous avait paru particulièrement intéressant, puisqu'il prétendait apporter un élément de pronostic dans l'évolution des sarcomes de la choroïde. En effet, à l'aide d'une méthode de coloration par l'argent, Callender & Wilder mettaient en évidence dans les sarcomes choroïdiens la présence d'une substance : la réticuline. Ils préjugeaient de l'évolution suivant la présence ou l'absence de ce corps. Une réticuline abondante était considérée comme de bon pronostic, par contre, l'absence ou la rareté de fibres argentaffines était tout-à-fait défavorable. Ces résultats étaient séduisants, car nous connaissons bien l'infidélité de la clinique, de l'histologie usuelle et du laboratoire.

Dans sa thèse statistique sur les éléments pronostiques des sarcomes choroidiens, Jarlet a mis en évidence qu'il existe peu de signes de certitude.

I- La clinique :

Le sexe masculin serait plus touché.

Les jeunes offraient une meilleure résistance,

l'ancienneté de la tumeur serait défavorable, donc les tumeurs très périphériques ne pouvant être détectées tôt. Mais nous savons que ces assertions sont éminemment sujettes à caution.

II.- L'histologie.

Jarlet a groupé les formes cellulaires sous quatre rubriques:

- type fusiforme

- type épithélial
- type mixte
- type à cellules rondes

Il conclut que "l'association des deux types de cellules fusiformes et épithéliales au sein d'une même tumeur est de mauvais pronostic. Cependant, la survie moyenne de ces formes mixtes est presque égale à celle des fusiformes et nettement supérieure à celle des types naeviques."

Le degré de pigmentation ne peut être retenu, ni même le nombre de mitoses et l'existence de monstruosité.

En fait, d'après Jarlet, le seul élément valable serait l'envahissement scléral.

Nous avons souvent constaté que ces conclusions devaient être révisées et nous connaissons tous un certain nombre de malades qui, malgré un envahissement ayant entraîné une exentération arbitraire continuent à se bien porter.

II.- Le Laboratoire:

Il se résume en un examen: la recherche de mélanine dans les urines.

Cette recherche est basée sur une méthode de coloration non spécifique, d'une part; d'autre part, la présence même de mélanine dans les urines s'est montrée souvent comme sans rapport avec l'évolution ultérieure.

Devant l'incertitude de tous ces facteurs, et les conclusions américaines, nous avons entrepris la recherche de la réticuline dans les sarcomes choroïdiens, afin de vérifier la possibilité d'établir un pronostic selon l'abondance de ce corps sur les coupes de tumeurs.

La méthode de coloration:

Nous avons utilisé la technique de Laidlaw parcequ'elle donne les meilleurs résultats. Nous avons essayé durant quelque

temps une technique mise au point par le Pr. Masson (il nous en avait fourni les détails fort aimablement) elle ne nous a pas apporté les résultats escomptés: nous sommes donc revenus à la coloration de Laidlaw intégrale.

En voici la technique:

Après déparaffinage des coupes, elles sont blanchies

A) par la méthode de Mallory:

- 1°) les coupes sont plongées dans un bain de lugol au 1% durant 5 minutes.
- 2°) puis dans l'hyposulfite de sodium au 1% durant 5 minutes
- 3°) dans le permanganate de potassium au 0,25%, durant 5 minutes.
- 4°) enfin dans l'acide oxalique à 5% durant 5 minutes.

Entre chaque bain, les coupes sont soigneusement lavées à l'eau courante. Après l'acide oxalique, elles sont laissées sous le robinet pendant 10 minutes.

Pour obtenir un nettoyage parfait avant l'argentation toujours délicate, elles sont placées dans un bac d'eau distillée, renouvelée trois fois en 10 minutes.

B) L'argentation :

Elle s'obtient, soit en laissant les coupes 18 heures dans la solution de Laidlaw à la température du laboratoire, soit en les plaçant dans le Laidlaw environ une demi-heure à l'étuve.

C'est cette dernière solution que nous avons adoptée, laquelle s'est avérée donner de bons résultats.

La préparation de la solution de Laidlaw est difficile, et les résultats sont variables suivant les jours.

On ne peut incriminer un facteur précis. Parfois le nitrate d'argent n'est pas assez récent, parfois le lavage n'est pas assez poussé, parfois l'ammoniaque est versé en trop petite ou

en trop grande quantité. Ce sont ces facteurs impondérables dont dépend la réussite d'une bonne solution.

Il faut donc recommencer quelquefois une solution, laquelle a priori paraissait bonne, mais qui se révèle insatisfaisante une fois les coupes examinées.

Pour obtenir 100 cm³ de solution, il faut :

1°) dissoudre 10 grammes de nitrate d'argent chimiquement pur dans 20 cm³ d'eau bidistillée; l'eau bidistillée est indispensable à l'efficacité de la solution.

2°) précipiter tout l'argent avec une solution de carbonate de lithium à saturation, chimiquement pur, il faut environ 200 cm³.

3°) laver trois fois au moins à l'eau distillée. Le précipité doit être d'un beau jaune franc; s'il a une teinte grisâtre, il vaut mieux recommencer, la solution ne sera pas réussie.

4°) décanner.

5°) ajouter au précipité, à l'aide d'une pipette goutte à goutte, en agitant constamment, de l'ammoniaque concentré, jusqu'à ce que le liquide soit clair, c'est-à-dire transparent, car le Laidlaw garde toujours une légère teinte ambrée.

6°) compléter à 100 cm³ avec de l'eau distillée.

Il faut conserver la solution en flacon teinté, et mieux encore à l'abri de la lumière, au frais.

Une même solution ne peut servir au maximum que pour deux séries de colorations.

C) Les coupes ne sont sorties de la solution que lorsqu'elles présentent une coloration brune caractéristique.

C'est alors une série d'opérations en vue d'obtenir une révélation de l'argent.

1°) les coupes sont lavées soigneusement dans l'eau dis-

tillée pour éviter les dépôts d'argent.

2°) elles sont placées dans le formol à 1% durant 5 minutes en changeant fréquemment la solution, dès qu'elle se trouble.

3°) c'est ensuite le bain de chlorure d'or jaune à 1 pour 500 pendant 10 minutes.

4°) l'acide oxalique à 5% durant 10 minutes.

5°) l'hyposulfite de sodium à 5% pendant 10 minutes.

Entre chaque bain, les coupes sont soigneusement rincées à l'eau distillée. Enfin, après l'hyposulfite, elles sont longuement lavées à l'eau courante.

Puis suivant la technique usuelle, c'est la déshydratation par l'alcool absolu et le montage.

Difficultés rencontrées au cours de cette coloration :

Nous avons vu précédemment les déboires que pouvait apporter la préparation même de la solution. Il en est d'autres, et en particulier la facilité avec laquelle les coupes se décollent. Il n'est pas rare qu'au cours de l'ultime lavage, on voit flotter la préparation que l'on avait surveillée jusque là avec un soin jaloux. Cela tient paraît-il au mordantage du début, l'acide oxalique aidant beaucoup à ces décollements, puis à la chaleur de l'étuve.

C'est pour ces raisons que nous avons voulu un moment, utiliser les modifications apportées par le Pr. Masson.

Elles consistaient:

à placer les coupes, 10 minutes dans l'acide périodique à 0,5%, puis une heure dans le nitrate d'argent à 10% à 45-50°, ensuite la méthode était la même.

Cela devait éviter le décollement des coupes, malheureusement, chacune de nos tentatives s'est soldée par un échec.

De plus les dépôts d'argent ne sont pas rares, qui viennent troubler, moins la lecture de la coupe que l'esthétique même de la préparation: et cela en dépit des précautions prises.

Avantages de cette coloration :

Malgré les ennuis techniques qu'elle présente, la coloration par la méthode de Laidlaw est séduisante.

1°) elle permet des différenciations très fines: en particulier la différence entre réticuline et collagène est tout-à-fait probante. C'est un grand avantage, car la coloration utilisée par Wilder pour la statistique américaine, est beaucoup plus grossière, et on peut se demander à certains égards si du collagène ne fut pas pris pour de la réticuline.

2°) La coloration de Laidlaw se suffit à elle-même, la réticuline se distingue très bien, et il n'est pas besoin de coloration complémentaire, nécessaire dans la plupart des cas avec le Wilder.

La réticuline:

I) Qu'est-ce-que la réticuline?

Grâce à l'imprégnation argentique, Oppel en 1891, décrit au niveau du foie, un système de fibres teintées en noir, qu'il appelle " gitter Fasera" (fibres grillagées). En 1896, Franklin Mall constata la persistance après attaque par le suc pancréatique d'un tissu conjonctif au réseau, qu'il appela "reticulated tissue" Ensuite cette substance fut trouvée tout à tour au sein des différents organes par Rossle, Yoshida, Monlé, Herxheimer, Siegfried appelle ce corps: réticuline, et la différencie du collagène et de l'élastine.

D'après Lagusse, elle naît des expansions aliformes des cellules du mésenchyme. Dans le tissu de granulation Grynfeld et Goldner ont montré le rôle du symplasme hyalin histiocytaire au

sein de la membrane pygène et les rapports serrés entre histiocyte et fibre de réticuline.

La fibre de réticuline est surtout abondante dans les tissus de haute activité métabolique, jouant un rôle dans les phénomènes d'absorption, les échanges où ses propriétés péxiques sont utilisées.

Ce sont là les propriétés du système réticulo-endothélial.

II) Comment se présente-t-elle ?

Elle se présente sous forme de fines fibres très noires, se ramifiant plus ou moins suivant les cas; ces fibres suivent les axes vasculaires, lorsqu'elles sont plus abondantes elles entourent des groupes de cellules d'un réseau finement dessiné, parfois même elles entourent une seule cellule et la pénètrent.

Elle se reconnaît facilement de la fibre collagène, laquelle est épaisse et mauve (violet foncé, facilement reconnaissable)

Critiques que l'on peut soulever au sujet de ce travail :

Nous avons essayé pendant tout le temps que nous avons consacré à ce travail, de réduire au minimum les causes de critique; il faut avouer cependant que, malgré tout notre bon vouloir, il est des impossibilités insurmontables.

I) La tumeur n'a pas été coupée sur toute son épaisseur:

Cela est exact. Nous avons naturellement opéré sur des séries de coupes d'une même tumeur, mais si nous avions voulu étudier la tumeur dans son entier, les colorations et interprétations nous auraient demandé des années. Néanmoins, nous avons pris des coupes à différents niveaux, et lorsque nous concluons à une absence de réticuline, c'est que vraiment dans toutes les coupes examinées, il n'y avait pas de réticuline.

2°) Ce n'était pas toujours la même solution :

Cela aussi est exact, mais nous notions les coupes plon-
gées dans la même solution, et s'il y avait un certain nombre
de coupes présentant de la réticuline, nous pouvions conclure
que son absence au sein des autres n'était pas un vice de tra-
vail, mais une réalité.

3°) L'interprétation de la densité de réticuline est pu-
rement subjective :

Cela est évident, cependant nous avons essayé de noter les
différents aspects de la réticuline :

- se localisant autour des axes vasculaires
- isolant des groupes cellulaires
- pénétrant au sein même des cellules

Nous n'avons pas voulu contrairement aux Américains (à cause
justement de la subjectivité du procédé) classer les sarcomes sui-
vant la plus ou moins grande abondance de réticuline.

Nous avons distingué :

- les sarcomes avec réticuline
- les sarcomes sans réticuline ; faisant entrer dans ce
dernier cadre les tumeurs ne présentant que quelques fibres iso-
lées sur toutes les coupes examinées.

4°) L'interprétation même de la présence de réticuline
est parfois sujette à caution.

Nous nous en sommes aperçus fréquemment : Au faible grossis-
sement microscopique, la coupe paraissait contenir de la réti-
culine, mais bientôt à des grossissements de plus en plus im-
portants, les fibres se montraient formées de minuscules grains
d'argent juxtaposés en une ligne discontinue.

Certaines fois, nous étions tant gênés dans l'interpréta-

tion, que nous devions faire appel à des anatomo-pathologistes chevronnés pour trancher.

Il reste que nous avons tenté de travailler avec le minimum d'erreurs possibles, en reconnaissant bien que, comme dans tout travail où l'interprétation subjective est utilisée, la critique est toujours possible.

Voici donc la série d'observations que nous avons établie .

Monsieur B.

Clinique : Admis le 13 Décembre 1952 pour un décollement inférieur de la rétine gauche. Après divers examens, il est énucléé, le 18 Décembre. Revu le 5 Octobre 1955: il va très bien.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire:

tumeur maligne de la choroïde, très peu pigmentée, groupée en cordons d'allure épithéliale, quelques figures de mitoses et de monstruosité cellulaires: aspect palissadique neuro-épithélial, pas de conjonctif.

Laidlaw :

présence de fibres de réticuline, irradiant à partir des axes conjonctivo-vasculaires. Au-delà des axes par petites fibrilles, on voit se détacher des formations qui non seulement suivent les cordons, mais pèrent à l'intérieur; elles sont très délicates et peu nombreuses.

Conclusion : Survie : 3 ans : va bien
Réticuline : +
Forme cellulaire : épithéliale

Monsieur G.

Clinique : Ce malade est énucléé en 1954; en Octobre 1955 ses nouvelles sont excellentes.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la choroïde pratiquement pas pigmentée; elle est formée de cellules épithéliales et même neuro-épithéliales. Il y a peu de mitoses, peu de monstruosité. Il y a des zones indifférenciées dans lesquelles la structure rappelle celle d'un syncytium.

Laidlaw :

on constate la présence d'une trame réticulaire très délicate; cette trame est réduite à quelques fibres dans la partie centrale de la tumeur, à la périphérie

par contre le réseau réticulaire est un peu plus dense, et on trouve une segmentation très nette des faisceaux tumoraux en certains endroits. Cette segmentation se poursuit même entre les cellules sur certaines plages.

Conclusion : Survie : 1 an, va bien .
Réticuline : +
Forme cellulaire : épithéliale.

Monsieur H .

Clinique : Il est énucléé le 9 juin 1950; une lettre reçue en Octobre 1955 nous apprend qu'il est en parfaite santé.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :
tumeur maligne de la choroïde de type naevo-épithélial

Laidlaw :

La réticuline est abondante, isolant des formations arrondies à travers lesquelles elle se ramifie, envoyant de fines fibres à l'intérieur même des cellules.

Conclusion : Survie : 5 ans : va bien.
Réticuline : +
Forme cellulaire : épithéliale.

Madame N .

Clinique : la malade consulte pour la première fois le 19 Décembre 1953 pour un éclair éblouissant à droite survenu pour la première fois en février 1953, en même temps qu'une baisse de l'acuité visuelle. Le fond d'oeil montre une masse obturant la moitié interne du champ rétinien. Elle est énucléée le 7 janvier 1954. Les nouvelles sont excellentes en Octobre 1955.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

importante tumeur de la choroïde, très peu pigmentée à disposition cordonnale des éléments néoplasiques. La structure générale est celle d'une tumeur naevique maligne.

Laidlaw :

Fine trame réticulaire surtout à la périphérie de la tumeur; cette trame est d'ailleurs localisée aux espaces péri-vasculaires. Les fibres ne s'écartent pratiquement de ces espaces, sauf en de rares endroits.

Conclusion : Survie : 2 ans : va bien .
Réticuline : +
Forme cellulaire : épithéliale.

Monsieur V.B.

Clinique : il fut énucléé le 4 juillet 1950
Il va très bien en Octobre 1955 .

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur de la choroïde de type fusiforme. Fortement pigmentée par places.

Laidlaw :

dans les zones les plus fusiformes de la tumeur, il ne semble pas exister de réticuline. Dans les autres régions d'allure plus épithéliale, on constate par places une petite trame de fibres argentaffines.

Conclusion : Survie : 5 ans : va bien .
Réticuline : +
Forme cellulaire : mixte .

Madame F.

Clinique : elle fut énucléée en Décembre 1950, son médecin traitant nous envoie de bonnes nouvelles en Octobre 1955.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de type fusiforme

Laidlaw :

La réticuline se présente sous forme de fibres très fines et noires, abondantes sur toute la tumeur, sauf en deux plages; elles sont toutes disposées dans le sens des faisceaux néoplasiques et isolent entre ces faisceaux des groupes de quelques cellules par des ramifications.

Conclusion : Survie : 5 ans, va bien .
Réticuline: +
Forme cellulaire : fusiforme

Monsieur G.

Clinique : ce malade est énucléé le 16 Novembre 1941 pour un sarcome de la choroïde . Le 6 Octobre 1955 une lettre nous apprend que le malade ne présente aucun trouble particulier.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la choroïde peu pigmentée. On note de nombreuses fentes vasculaires et mitoses.

Laidlaw :

Il existe de fines fibres de réticuline entourant les fentes vasculaires d'où partent des ramifications se subdivisant pour entourer soit quelques cellules, soit une cellule isolée, mais les fibres n'occupent qu'une portion limitée de la tumeur.

Conclusion : Survie : 14 ans: va bien
Réticuline : +
Forme cellulaire : fusiforme.

Monsieur V.

Clinique : ce malade fut énucléé en Novembre 1945; il mourut accidentellement peu de temps après.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la chorofide, accompagnée d'un décollement rétinien, elle est peu pigmentée et constituée de cellules assez volumineuses et peu différenciées : il y a d'assez nombreuses mitoses. Dans les parties périphériques, le type est fusiforme: il y a une extension à la rétine sous forme d'un petit nodule inclus dans la membrane.

Laidlaw :

Il existe deux noyaux tumoraux isolés l'un de l'autre par de nombreuses fibres de réticuline; ces fibres entourent circulairement les deux noyaux sans les pénétrer en aucun point.

Conclusion : Survie : quelques mois : mort accidentelle
Réticuline : +
Forme cellulaire : fusiforme.

Madame G.

Clinique : Elle fut énucléée le 6 Octobre 1947. Une lettre indignée de son mari nous apprend en Octobre 1955 qu'elle va parfaitement bien. Il ne comprenait absolument pas notre demande de renseignements.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne assez peu pigmentée de type fusiforme.

Laidlaw :

la réticuline est surtout dense à la périphérie de la tumeur, qu'elle lobule finement.

Conclusion : Survie : 8 ans : va bien .
Réticuline : +
Forme cellulaire : fusiforme.

Madame P.

Clinique : elle est énucléée le 25 Octobre 1948. Une visite qui lui fut faite en Octobre 1955 nous la montra en bonne santé.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire:

Tumeur maligne peu pigmentée de type fusiforme.

Laidlaw :

La réticuline est beaucoup abondante au niveau de certaines plages, mais malgré tout il y a des fibres sur toute l'étendue de la tumeur.

Conclusion : Survie : 7 ans : va bien.

Réticuline : +

Forme cellulaire : fusiforme.

Madame F .

Clinique : pour la première fois en 1903, Monsieur Rochon-Duvignaud diagnostiqua un sarcome choroïdien chez cette malade; elle ne fut pas opérée; 34 ans plus tard elle vint consulter pour un glaucome absolu, douloureux; quand elle fut énucléée en janvier 1942, le sarcome sortit de l'oeil, à tel point qu'on dut lui faire une exé-
tération de l'orbite. Elle mourut 3 ans plus tard d'un hémorragie cérébrale.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur de la choroïde ayant perforé la sclère; c'est un sarcome fibroblastique avec quelques foyers pigmentés; on constate plusieurs petites plaques d'ossification dans l'intérieur de la tumeur; le long des nerfs ciliaires, il y a des images caractéristiques d'envahissement néoplasique. En quelques points : images rappelant l'histiocyte-xanthome avec spongiocytes.

Laidlaw:

La réticuline est peu abondante, et localisée à la périphérie de la tumeur.

Conclusion : Survie : 3 ans après l'énucléation, mort sans rapports avec le sarcome.

Réticuline : +

Forme cellulaire : fusiforme.

Madame A.

Clinique : la malade consulte pour la première fois le 31 Août 1954 pour des céphalées; le 2 Septembre on découvre au cours d'un examen de fond d'oeil: un sarcome de la choroïde ; l'énucléation est pratiquée le 11 Septembre. Le 24 Juillet 1955, son état général est bon.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur de la choroïde de type fusiforme à centre nécrotique . Les faisceaux néoplasiques présentent des noyaux groupés en palissade. Le diagnostic demeure hésitant entre une tumeur maligne et un gliome périphérique malin.

Laidlaw:

La partie centrale de la tumeur est décollée. Cette partie dont il ne reste que quelques fragments contient très peu de réticuline: par contre, la partie périphérique est cloisonnée de façon très précise par des fibres réticulaires abondantes et délicates.

Conclusion : Survie : 1 an : va bien .

Réticuline : +

Forme cellulaire : fusiforme.

Monsieur G.

Clinique : le premier examen pratiqué en 1948 révéla un décollement de rétine. Le malade refusa l'intervention. Le 2 Octobre 1954, il n'a plus qu'une perception lumineuse à droite, son oeil est rouge et a une tension élevée. Le fond d'oeil est invisible. Il est énucléé le 11 Octobre et subit une exentération de l'orbite le 25 du même mois.

Les dernières nouvelles datant d'Octobre étaient bonnes.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire:

Tumeur de la choroïde très peu pigmentée, de façon irrégulière, de structure fusiforme par faisceaux tourbillonnants disposés dans les différents sens de l'espace. Peu de monstruosité, pratiquement pas de mitoses.

Laidlaw : trame réticulaire à peine ébauchée, il existe surtout au voisinage des vaisseaux : quelques-uns d'entre eux sont entourés d'un réseau en toile d'araignée très richement ramifiée.

Conclusion : Survie : 1 an : va bien.

Réticuline : +

Forme cellulaire : fusiforme.

Madame S.

Clinique : Elle est énucléée pour un sarcome choroïdien, le 23 Décembre 1953; elle va bien le 10 janvier 1955.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire:

tumeur maligne de la choroïde de type fusiforme. Cette tumeur est développée aux dépens de l'iris dans sa partie moyenne. Elle s'est développée en arrière et latéralement, déformant considérablement le cristallin et comprimant les procès ciliaires. Pas d'envahissement des parois de l'oeil, ni des vaisseaux.

Laidlaw :

Il existe une trame réticulaire assez importante, répartie de façon égale sur l'ensemble de la tumeur. Cette trame fait apparaître une lobulation qui n'est pas très nettement indiquée sur les coupes colorées à l'hématéine-éosine. En effet,

la lobulation ainsi constituée rappelle celle que l'on retrouve dans les formes épithéliales. La lobulation ne se poursuit pas à l'intérieur du fascicule néoplasique..

Conclusion : Survie : 2 ans : va bien .
Réticuline : +
Forme cellulaire : fusiforme.

Madame T .

Clinique : vue le 2 Décembre 1953 pour un décollement suspect ; au fond d'ocil le Docteur Dollfus nota un décollement rétinien bilobé, siégeant dans la moitié inférieure de la rétine avec en surface des hémorragies et des vaisseaux néoformés se terminant par de petites dilatations anévrysmales. Le Docteur Dollfus conseilla l'énucleation, laquelle fut pratiquée aussitôt.
La malade va bien actuellement.

Anatomo-Pathologie:

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la choroïde, de type fusiforme. Peu de pigmentation à l'intérieur des cellules macrophagiques: assez riche vascularisation, peu de mitoses.

Laidlaw :

Il y a peu de réticuline dans cette tumeur, mais les fibres observées ont indéniablement les caractères de la réticuline.

Conclusion : Survie : 2 ans : va bien .
Réticuline : +
Forme cellulaire : fusiforme.

Monsieur K.

Clinique : Consulte le 27 Novembre 1953 pour une baisse d'acuité visuelle apparue depuis un an. Au fond d'oeil on note un décollement rétinien, arrondi, bleuâtre, sans déchirure. Le 30 Novembre, il est énucléé. Le 5 Août 1955 l'état général est bon.

Anomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la choroïde, fusiforme, avec pigment à l'intérieur des cellules, disséminé dans toute la tumeur; envahissement de la supra-choroïde. Quelques figures de monstruosité cellulaires, très peu de mitoses.

Laidlaw:

réticuline pas très abondante mais répartie sous forme de grillages délicats sur l'ensemble de la tumeur: les prolongements fibrillaires s'insinuent entre les cellules, ce qui provoque une segmentation très délicate de la plus grande partie du néoplasme.

Conclusion :

Survie : 2 ans : va bien.

Réticuline : +

Forme cellulaire : fusiforme

Madame G .

Clinique : consulte le 14 Novembre 1953 pour une baisse d'acuité visuelle. A l'examen, tumeur choroïdienne avancée . L'énucléation est pratiquée le 25 Novembre . En Octobre 1955 la malade va bien.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la choroïde fortement pigmentée à sa périphérie. Cette tumeur a une structure fusiforme, les couches profondes de la sclérotique sont un peu envahies par le néoplasme.

Laidlaw:

Il existe relativement peu de fibres de réticuline; le réseau est très large : celles que l'on trouve sont réparties irrégulièrement sur l'ensemble de la tumeur, surtout au voisinage du conjonctif. Certaines plages tumorales en sont à peu près dépourvues.

Conclusion : Survie : 2 ans : va bien.

Réticuline : +

Forme cellulaire : fusiforme.

Mademoiselle V.

Clinique : énucléée le 19 Novembre 1953

En Octobre 1955 elle va bien.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la choroïde très pigmentée par place de type fusiforme. Nombreux cinetières de pigment péri-vasculaires, quelques vacuoles, peut-être lipidiques, comme le prouve le remaniement métabolique.

Envahissement de supra-choroïde:

Laidlaw :

Réticuline extrêmement abondante dans la tumeur; les fibres dessinent une mosaïque très dense à l'intérieur de laquelle s'inscrivent des groupes et des éléments de quelques cellules: les fibres sont très délicates et se rattachent sur des axes plus épais.

Conclusion : Survie:2 ans : va bien .

Réticuline : +

Forme cellulaire : fusiforme.

Madame G.

Clinique : consulte le 30 Octobre 1953 pour une baisse de l'acuité visuelle datant de 1 mois. Le fond d'oeil révèle un décollement rétinien pigmenté, sans déchirure.

Elle est énucléée le 4 Novembre . Le 12 Mai 1955, la malade va bien.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la choroïde, de type fusiforme, quelques monstruosités cellulaires, peu de mitoses.

Laidlaw :

la répartition de la réticuline est très irrégulière, certaines régions en sont complètement dépourvues, certaines autres contiennent un réseau très délicat autour des capillaires et aussi entre les cellules. Dans les zones très pigmentées on trouve des fibres dont la morphologie générale est plutôt celle de fibres collagènes, mais leur coloration très noire, ne permet pas d'éliminer formellement l'existence de fibres de réticuline au niveau de ces plages.

Conclusion : Survie : 2 ans : va bien.

Réticuline : +

Forme cellulaire : fusiforme

Monsieur R.

Clinique : consulte le 1 Octobre 1953 pour une baisse d'acuité visuelle récente. Le fond d'oeil montre un décollement limité à reflets noirâtres. Il est énucléé le 7 Octobre. Le 4 Octobre 1955 : le malade va bien.

Anotomo-Pathologie :

Coloration ordinaire:

tumeur de la choroïde de type fusiforme peu pigmentée.

Laidlaw :

Il existe de très nombreuses fibres de réticuline, orientées le long des faisceaux allongés de la tumeur, la réticuline clive des cellules ou des groupes de cellules les un des autres. Quelques zones tumorales sont dépourvues de réticuline.

Conclusion : Survie : 2 ans : va bien.

Réticuline : +

Forme cellulaire : fusiforme.



Mademoiselle B.

Clinique : aucun renseignement de la part du médecin traitant.
Elle va bien en Octobre 1955.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

Tumeur maligne de la choroïde assez fortement pigmentée ayant une structure fusiforme.

Laidlaw:

Dans les zones très pigmentées, il n'y a pas de réticuline, par contre, dans les régions sans pigment: trame réticulaire peu importante mais indiscutable, avec des fibres très délicates séparant les uns des autres des groupes de deux ou trois cellules à l'intérieur même des lobules néoplasiques.

Conclusion : Survie 2 ans : va bien .
Réticuline : +
Forme cellulaire : fusiforme.

Monsieur C.

Clinique : consulte le 16 Décembre 1950, on constate à l'examen un décollement localisé de teinte grisâtre. Le 23 Décembre, le malade est énucléé . Le 5 Octobre 1955, nous constatons un bon état local et général.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de type mixte.

Laidlaw:

présence d'une trame réticulaire peu abondante et irrégulièrement répartie.

Conclusion : Survie : 5 ans : va bien.
Réticuline : +
Forme cellulaire : mixte .

Madame D.

Clinique : elle fut énucléée le 28 Mai 1954, en Octobre 1955
elle est en parfaite santé.

Anatomo Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la choroïde au voisinage du pôle postérieur. La tumeur est relativement plate, la structure histologique est celle d'une tumeur fibre-sarcomateuse.

Il existe une coulée peri-vasculaire, sans traversée totale.

Laidlaw :

Le réseau coloré par l'argent est constitué de fibres délicates qui paraissent à des éléments cellulaires de morphologie nerveuse; en dehors de ce réseau nerveux, il y a une petite trame réticulaire sur les bords de la tumeur.

Conclusion:

Survie : 1 an : va bien.

Réticuline +

Forme cellulaire : fusiforme.

Monsieur C .

Clinique : Ce malade est énucléé le 30 Novembre 1940; il allait bien le 30 janvier 1950. Nous n'avons pu avoir de nouvelles récentes, la lettre envoyée à la dernière adresse nous a été retournée.

Anatomo-Pathologie:

Coloration ordinaire :

tumeur fortement pigmentée de type fusiforme.

Laidlaw :

présence de réticuline répartie sous forme de fibres peu nombreuses sur toute la tumeur.

Conclusion : Survie : 10 ans connus, au-delà inconnue.

Réticuline : +

Forme cellulaire : fusiforme.

Monsieur C. D.

Clinique : Il fut énucléé le 4 janvier 1951. Il est décédé en 1952 d'un cancer du foie.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire .

tumeur maligne de la choroïde de type fusiforme

Laidlaw :

Trame réticulaire abondante dissociant les faisceaux tuméraux : les plages fortement pigmentées sont dépourvues de cette trame argentaffine.

Conclusion : Survie : 1 an: décédé d'un cancer du foie.

Réticuline : +

Forme cellulaire : fusiforme.

Monsieur D.

Clinique : il fut énucléé le 10 février 1947, il fut en bonne santé jusqu'en Octobre 1949: il mourut en janvier 1950 d'un cancer du foie.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

très volumineux sarcome développé à la partie moyenne de la choroïde, la morphologie en est fusiforme: il n'y a pas d'envahissement scléral, le décollement rétinien est peu important.

Laidlaw :

Il existe quelques fibres de réticuline, fines, longues, sans ramifications, extrêmement peu nombreuses mais indéniables, sur toute l'étendue de la tumeur.

Conclusion : Survie : 3 ans : décédé d'un cancer du foie.

Réticuline : +

Forme cellulaire : fusiforme .

Monsieur L.

Clinique : consulte le 15 Décembre 1952 pour un décollement de rétine diagnostiqué en ville, mais non opéré. Après la constatation d'un fond d'oeil non éclairé, il est énucléé le 17 Décembre. En Mars 1954, il présente une récurrence orbitaire. La cavité est remise en état. En Décembre 1954 : il meurt d'un cancer du foie.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire:

tumeur maligne de la choroïde assez peu pigmentée. les grains se groupent surtout autour des axes vasculaires. La structure des éléments est fusiforme et rappelle les sarcomes fibroblastiques. Pas d'image d'envahissement du nerf optique.

Laidlaw:

il n'y a pas de réticuline, mais des fibres conjonctives peu nombreuses.

Conclusion : Survie : 2 ans : décédé d'un cancer du foie

Réticuline : -

Forme cellulaire : fusiforme.

Madame H .

Clinique : elle fut énucléée en 1945: elle mourut en 1946 d'un cancer du foie.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

Tumeur maligne très pigmentée développée aux dépens de l'équateur du globe: elle est très vascularisée. Dans sa zone maxima de développement, elle atteint la partie postérieure du corps ciliaire qu'elle soulève.

Pas d'envahissement scléral visible. Morphologie assez polymorphe, certaines cellules étant fusiformes, d'autres rondes : décollement rétinien total, papille oédémateuse.

Laidlaw: Il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie 1 an : décédée d'un cancer du foie.

Réticuline : -

Forme cellulaire : mixte : ronde et fusiforme.

Monsieur C.

Clinique : Il fut énucléé en Mars 1945 ; une lettre écrite en Octobre 1955 est restée sans réponse, bien qu'elle soit parvenue à destination.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

volumineux sarcome ciliaire inférieur, très proliférant avec plaques dégénératives. Tumeur très vascularisée dans sa partie externe, assez polymorphe dans ses aspects histologiques, avec des zones pseudo-épithéliales et pseudo-sarcomateuses. Le piment est réparti inégalement. Il existe une métastase dans un ganglion abdominal.

Laidlaw :

Il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie : nous venons d'apprendre fortuitement qu'il aurait fait une métastase hépatique 2 ans après l'énucléation.

Réticuline : -

Forme cellulaire : mixte .

Monsieur D .

Clinique : Il fut énucléé en Août 1941, 8 mois après il mourait d'un cancer du foie.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la choroïde, assez pigmentée, de type épithélial, il y a peu de vaisseaux, peu de figures dégénératives, mais une infiltration néoplasique des gaines vasculaires sclérales.

Laidlaw :

Il n'y a pas de réticuline .

Conclusion : Survie : 8 mois : décédé d'un cancer du foie.

Réticuline : -

Forme cellulaire : épithéliale.

Madame N .

Clinique : Elle fut énucléée en Mai 1949, elle mourut en 1950 d'un cancer pulmonaire peut-être métastatique.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de type épithélial: il existe une fusée néoplasique intra-sclérale.

Laidlaw :

Il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie : 1 an : décédée d'un cancer pulmonaire.
Réticuline : -
Forme cellulaire : épithéliale.

Monsieur R.

Clinique : il a été énucléé en Février 1948; il fit une récurrence 6 mois plus tard, laquelle fut électrocoagulée jusqu'à l'ethmoïde, malgré cela, le malade mourut 2 mois plus tard d'une métastase rachidienne.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de type neuro-épithélial, peu pigmentée.

Laidlaw :

il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie : 8 mois : décédé d'une métastase rachidienne.
Réticuline : -
Forme cellulaire : épithéliale.

1. 2
Mademoiselle M.

Clinique : énucléée le 10 Décembre 1950 . Décédée le 13 Avril 1953 d'un cancer du foie.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur très pigmentée de type naevique.

Laidlaw :

Il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie 3 ans: décédée d'un cancer du foie.

Réticuline : -

Forme cellulaire : naevique, épithéliale.

Monsieur G.

Clinique : Il consulte pour la première fois le 17 Septembre 1947 pour un décollement rétinien remontant à un mois. Il sort le 8 Octobre sans avoir été opéré. Il revient le 23 Septembre 1948 pour des douleurs importantes de l'oeil présentant le décollement. la tension est très élevée. Le 24 Septembre 1948, on fait la biopsie d'une tumeur noirâtre de la conjonctive. Il est énucléé le 30 Septembre 1948. Nous avons de bonnes nouvelles jusqu'en Novembre 1951. Décès brutal en Décembre 1951 d'un cancer du foie.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne très pigmentée de type épithélial.

Laidlaw :

Il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie 4 ans : décédé d'un cancer du foie.

Réticuline : -

Forme cellulaire : épithéliale .

Madame H.

Clinique : elle est énucléée le 28 Novembre 1936 pour un sarcome choroïdien. Elle meurt d'un cancer du foie, le 14 Juin 1948.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

Tumeur de la Choroïde sans extension vers la

solérotique.

Laidlaw :

très peu de réticuline sur les coupes examinées.

Conclusion : Survie : 12 ans : décédée d'un cancer du foie.

Réticuline : -

Forme cellulaire : impossible à dire du fait de l'hyperpigmentation.

Monsieur D.

Clinique : il est hospitalisé le 15 Décembre 1947 pour un décollement rétinien de l'oeil gauche évoluant depuis un an environ; il est énucléé le 16 Décembre 1947; nous avons de bonnes nouvelles jusqu'au 15 juin 1951.

la lettre écrite en Octobre 1955 nous a été retournée. Serait mort d'un cancer du foie.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur peu pigmentée de type fusiforme.

Laidlaw :

Il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie : 4 ans connus, au delà : inconnue :
décédé d'un cancer du foie.

Réticuline : -

Forme cellulaire : Fusiforme .

Madame B.

Clinique : Elle est énucléée le 22 Mai 1947 ; une lettre de sa famille nous apprend en Octobre 1955 qu'elle est décédée en Décembre 1951 d'un cancer du foie.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

sarcome choroïdien peu pigmenté avec quelques figures dégénératives : de type fusiforme.

Laidlaw :

il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie : 4 ans : décédée d'un cancer du foie.
Réticuline : -
Forme cellulaire : fusiforme.

Madame P.

Clinique : cette malade est énucléée le 13 février 1941.
Elle meurt en 1948 d'un cancer du foie.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

il existe deux régions : une interne de structure fusiforme, pigmentée, l'autre externe où les cellules ont une morphologie épithéliale moins pigmentée.

Laidlaw :

il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie : 7 ans : décédée d'un cancer du foie.
Réticuline : -
Forme cellulaire : mixte.

Madame F.

Clinique : cette malade est énucléée le 22 janvier 1940. Elle va bien le 10 Octobre 1955.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

la morphologie cellulaire est variable : à la périphérie vers la sclère on trouve des faisceaux fibroblastiques vers le centre, les cellules sont plus épithéliales; le pigment est irrégulièrement réparti dans la tumeur.

Laidlaw :

Il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie : 15 ans : va bien.
Réticuline : -
Forme cellulaire : mixte .

Madame D .

Clinique . consulte en 1952 pour une baisse d'acuité visuelle remontant à un mois, le fond d'oeil n'est pas éclairable. Le 27 Juillet 1953 :Elle présente une crise de glaucome aigu. Le 2 Septembre 1955, elle est énucléée.
En Juillet 1955, cette malade allait bien.

Anomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

La structure est particulière. On trouve en effet des groupements néoplasiques surtout bien nets au voisinage des troncs vasculaires. Les parties éloignées des vaisseaux sont nécrotiques. Les cellules sont dans l'ensemble très altérées, en quelques endroits, on trouve des aspects de cellules pigmentées qui permettent de conclure à une tumeur mélanique maligne.

Laidlaw:

il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie : 2 ans : va bien .

Réticuline : -

Forme cellulaire : impossible à dire du fait de la nécrose.

Monsieur S.

Clinique : aucun renseignement, lettre du médecin traitant annonçant seulement un bon état actuel.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la choroïde assez fortement pigmentée de structure histologique fusiforme.

Laidlaw:

Il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : survie : 2 ans : va bien

Réticuline : -

Forme cellulaire : fusiforme.

Monsieur M .

Clinique : consulte le 12 février 1955, pour une baisse d'acuité visuelle remontant à trois semaines.
Au fond d'oeil : on trouve une masse juxta papillaire ressemblant à un sarcome choroïdien.
Le 26 février : le malade est énucléé.
Le 3 Octobre 1955, le malade va bien.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire:

Tumeur maligne de la choroïde développée autour et dans la papille. Tumeur de type fusiforme, pigmentée de façon diffuse. Il y a presque sûrement un envahissement tumoral derrière la lame criblée, un doute sur l'infiltration au niveau des artères ciliaires postérieures.

Laidlaw:

Il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie : 2 ans : va bien
Réticuline : -
Forme cellulaire : fusiforme

Madame L.H.

Clinique : elle fut énucléée le 28 Août 1947: en Octobre 1955 une lettre nous apprend qu'elle est en bonne santé.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne très pigmentée de type fusiforme; il y a un envahissement des couches profondes de la sclère .

Laidlaw :

Il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie : 8 ans, va bien .
Réticuline : -
Forme cellulaire : fusiforme

- 35 -

Monsieur M.

Signature : commandant de la 1^{re} division d'infanterie
à la 1^{re} division d'infanterie
à la 1^{re} division d'infanterie

- 36 -

Monsieur M.

Signature : commandant de la 1^{re} division d'infanterie
à la 1^{re} division d'infanterie
à la 1^{re} division d'infanterie

Madame S .

Clinique : la malade fut énucléée pour un sarcome choroïdien en Décembre 1953. Les dernières nouvelles remontant au 10 Octobre 1955 signalent que la malade vient d'être opérée d'un cancer primitif du sein. Son état oculaire est parfait.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire:

Très volumineuse tumeur maligne de l'uvée, fortement pigmentée. La structure histologique est celle d'un naevo-carcinome de type épithélial. Très volumineuse tumeur du corps ciliaire; présentant une extension trans-sclérale péri-vasculaire allant jusqu'au tissu épiscléral.

Laidlaw:

il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie : 2 ans : va bien.

Réticuline : -

Forme cellulaire : épithéliale.

Mademoiselle B.

Clinique : énucléée le 21 Avril 1953, revue tous les trois mois par le médecin traitant : va bien, le 5 Octobre 1955.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la choroïde fortement pigmentée les éléments cellulaires disposés en cordons ont l'aspect morphologique de cellules naeviques malignes. La plupart de ces cellules sont pigmentées. La lamina fusca est largement envahie par la tumeur, ainsi qu'un pédicule ciliaire inclus dans la sclère. Dans ces conditions, le pronostic histologique reste très réservé.

Laidlaw :

il n'y a ni conjonctif, ni réticuline.

Conclusion : Survie : 2 ans : va bien .

Réticuline .-

Forme cellulaire : naevique épithéliale.

Madame B

Clinique : elle fut énucléée en Décembre 1944; en Octobre 1955 nous avons eu de bonnes nouvelles d'elle.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :
tumeur développée aux dépens du pôle postérieur de type pseudo-épithélial naevique assez irrégulièrement pigmentée, avec une vascularisation importante; une des zones diffère et prend un aspect sarcomateux. La tumeur est insérée directement sur la papille: malgré l'importance du développement local, l'extension est discrète: on la note autour d'un petit vaisseau papillo-choroïdien.

Laidlaw:

il n'y a pas de réticuline

Conclusion : Survie : II ans : va bien.

Réticuline :-

Forme cellulaire : épithéliale.

Madame T.

Clinique : elle fut énucléée en juin 1948, en Octobre 1955 elle va bien.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :
tumeur peu pigmentée, de type épithélial.

Laidlaw :

il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie : 7 ans, va bien .

Réticuline :-

Forme cellulaire : épithéliale.

Malade du Docteur Z.

Clinique : il est énucléé en Juillet 1946; son médecin traitant nous apprend en Octobre 1955 qu'il va très bien.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne du pôle postérieur du volume d'une lentille, elle est constituée de cordons cellulaires séparés par des axes conjonctifs très fins,

en périphérie la pigmentation est très dense, les mitoses peu nombreuses. L'épithélium pigmentaire a disparu au niveau de la tumeur. Au niveau de la lame criblée il y a un oedème des fibres bien que la papille elle-même ne soit pas envahie. Cette zone est suspecte, mais on ne peut affirmer que le nerf optique soit envahi.

Laidlaw :

il n'y a pas de réticuline;

Conclusion : Survie : 9 ans : va bien.

Réticuline . -

Forme cellulaire : épithéliale.

Monsieur O.

Clinique : Il fut énucléé le 5 Novembre 1946. Une lettre envoyée par lui-même en Octobre 1955 nous apportait de bonnes nouvelles.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la choroïde peu pigmentée.

Laidlaw:

il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie : 9 ans : va bien .

Réticuline . -

Forme cellulaire : épithéliale.

Madame N .

Clinique : cette malade est énucléée le 21 Novembre 1940. Les nouvelles qui nous sont parvenues en Octobre 1955 sont excellentes.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur de type fusiforme avec des amas pigmentaires en certains endroits, d'autres en sont dépourvus.

Laidlaw :

il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : survie : 15 ans : va bien.

Réticuline . -

forme cellulaire : fusiforme.

Madame A .

Clinique : elle fut énucléée en Mai 1949 et présentait paraît-il une métastase hépathique en Novembre 1949.
Nous n'avons pas eu confirmation de son décès,

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire:

tumeur maligne très pigmentée dépassant largement la paroi oculaire, de type fusiforme.

Laidlaw :

il y a des fibres de réticuline assez nombreuses en quelques points de la tumeur isolant des amas cellulaires.

Conclusion : Survie : Inconnue.

Réticuline : +

Forme cellulaire : fusiforme.

Monsieur B.

Clinique : aucun renseignement, sauf énucléation : 12 Mars 1953.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la choroïde, de type fusiforme, non pigmentée.

Laidlaw:

Les formations s'éloignent peu de l'axe conjonctif; cependant le réseau de fibres est extrêmement dé-

licat et pratiquement séparé les unes des autres.
les cellules néoplasiques sur de toutes petites
étendues.

Conclusion : Survie : inconnue .
Réticuline : +
Forme cellulaire : fusiforme.

Madame S.

Clinique : consulte la première fois, le 29 Novembre 1954,
pour des troubles de l'acuité visuelle : mouches
volantes.
Un sarcome choroïdien de l'oeil gauche est diagnos-
tiqué, elle est énucléée le 24 Novembre 1954. Elle
sort de l'hôpital le 26 Décembre en bonne santé
apparente.
Elle n'a pas répondu à la lettre qui lui a été a-
dressée.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire:

La tumeur est très pigmentée, ce qui rend difficile
l'interprétation de la cytologie. Il y a certaine-
ment des plaques de nécrose mais non totale, et au
moins vers les extrémités de la tumeur il y a des
cellules vivantes en voie d'accroissement.

Laidlaw :

dans la zone où la tumeur est très pigmentée et
nécrotique, il n'y a pas de réticuline: en bordure
de la tumeur, la trame réticulaire est dense et
mélangée à des fibres collagènes.

Conclusion : Survie : inconnue.
Réticuline : +
Forme cellulaire : impossible à dire du fait de
l'hyperpigmentation.

Monsieur T.

Clinique : ce malade consulte le 15 avril 1941 pour un voile devant l'oeil droit. Le fond d'oeil révèle une tumeur affleurant la macula. Il est énucléé le 17 Avril.
Aucun renseignement clinique depuis.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la choroïde, formée de deux lobes de structure différente, séparés par une région très pigmentée. Un des lobes présente une structure naevique, l'autre a un aspect plus franchement épithélial: elle contient des aspects dégénératifs. En un point, la limitante rétino-choroïdienne semble rompue. On note une sorte de prolifération anormale de l'épithélium pigmenté. En dedans, dans la rétine, il existe quelques foyers de dégénérescence kystique. De plus, au contact de la choroïde, il y a quelques îlots inflammatoires interstitiels de type subaigu; quelques rares aspects d'envahissement vasculaire.

Laidlaw :

réticuline peu abondante n'apparaissant qu'en des endroits limités et suivant l'orientation des cellules sans les diviser, ni les pénétrer.

Conclusion : Survie : inconnue.
Réticuline : +
Forme cellulaire : mixte .

Madame T .

Clinique : elle fut énucléée en Mai 1949, nous n'avons pu avoir aucun renseignement clinique depuis.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur très pigmentée de type épithélial.

Laidlaw:

il y a une plage limitée à la périphérie de la tumeur contenant des fibres réticulaires, assez épaisses mais bien noires, ce qui permet de les différencier facilement des fibres collagènes violettes.

Conclusion : Survie : inconnue .

Réticuline : +

Forme cellulaire : épithéliale.

Monsieur L .

Clinique : il fut énucléé en janvier 1949 : nous n'avons pu retrouver aucun autre renseignement.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne très vasculaire.

Laidlaw :

la réticuline est extrêmement abondante, morcelant toute la tumeur comme par un grillage très fin. Les mailles isolent soit des groupes cellulaires, soit même des cellules isolées.

Conclusion : Survie : inconnue.

Réticuline : +

Forme cellulaire : épithéliale.

Monsieur M.

Clinique : aucune observation n'a pu être retrouvée malgré nos recherches.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la chorôïde à disposition cor-
donnale et morphologie épithéliale, à peine pig-
mentée. A son contact existent des zones d'hé-
morragie importantes et des plages de nécrose.

Laidlaw :

il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie : inconnue
Réticuline : -
Forme cellulaire : épithéliale.

Monsieur G.

Clinique : Il consulte le 1 juin 1946 pour un décollement de rétine. Il est énucléé le 5 Juin. Depuis aucune nouvelle, la lettre qui lui fut écrite en Septembre 1955 nous a été retournée.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur de la choroïde assez fortement pigmentée de type morphologique variable suivant les régions. Dans l'ensemble, malgré quelques variantes, l'aspect est plutôt épithélial.

Laidlaw :

Il n'y a pas de réticuline :

Conclusion : Survie : inconnue .
Réticuline : -
Forme cellulaire : épithéliale.

Monsieur O.

Clinique : il consulte le 29 Mars 1954 pour des douleurs péri-orbitaires, l'oeil est rouge, la tension est élevée. Parmi les antécédents, on note un décollement de rétine datant d'un an et pour lequel le malade a refusé l'intervention. Il est énucléé le 1er Avril 1954, la sclère est perforée par la tumeur. Les dernières nouvelles remontent à juin 1954; une lettre écrite cette année au mois d'Octobre est restée sans réponse.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur maligne de la choroïde hyper-pigmentée, de type naevique ayant fusé à travers la sclère. Dans la tumeur on voit des figures d'envahissement vasculaire.

Laidlaw :

il n'y a pas de réticuline .

Conclusion : Survie : inconnue.

Réticuline : -

Forme cellulaire : épithéliale.

Madame A .

Clinique : elle fut énuclée en Août 1941, nous n'avons pu réunir aucun autre renseignement.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

vaste champignon tumoral avec lacunes sanguines nombreuses et fortes pigmentations par places. Il y a une pénétration des éléments néoplasiques dans la papille. Il semble exister également un essaimage discret dans la sclère.

Laidlaw :

Il n'y a pas de réticuline .

Conclusion : Survie : inconnue.

Réticuline : -

Forme cellulaire : fusiforme.

Monsieur C.

Clinique : il fut énuclé le 25 juin 1946; nous n'avons pu avoir d'autres renseignements car le dossier hospitalier ne portait aucune adresse.

Anatomo-Pathologie :

Coloration ordinaire :

tumeur pigmentée de la choroïde présentant des foyers de dégénérescence rétinienne, prédominant au niveau de l'épithélium pigmentaire et des couches externes. Un pédicule ciliaire intra-scléral au niveau de la tumeur est suspect d'envahissement.

Laidlaw :

Il n'y a pas de réticuline.

Conclusion : Survie : inconnue .
Réticuline : -
Forme cellulaire : fusiforme.

Madame L.

Clinique : Malgré toutes nos recherches, nous n'avons pu retrouver aucun renseignement au sujet de cette malade.

Anatomo-Pathologie:

Coloration ordinaire :

tumeur très nécrosée dans laquelle on ne peut reconnaître aucun type morphologique.

Laidlaw :

il n'y a pas de réticuline .

Conclusion : Survie : inconnue .
Réticuline : -
Forme cellulaire : impossible à reconnaître.

Voici maintenant les conclusions auxquelles nous sommes parvenues après une étude basée sur des données statistiques objectives.

1°- Nous avons d'abord établi un histogramme des survies :

[illegible]

TABLEAU I

Pour 13 cas (6 réticuline + et 7 réticuline -), nous n'avons pu connaître l'évolution.

2°-Dans une première approximation assez grossière, nous nous sommes bornés à ne considérer que les quatre éventualités : mort, vivant, réticuline + , réticuline -.

Nous avons obtenu le tableau suivant qui groupe les 50 cas observés dont nous connaissons l'évolution.

	+	-	Totaux
V	24	12	36
M	2	12	14
Totaux	26	24	50

TABLEAU II

réticuline

Nous avons tenté par la méthode des χ^2 l'influence de la réticuline sur l'évolution. Nous avons trouvé $\chi^2 = 9,07$, valeur significative au seuil de probabilité de .01.

Ce résultat nous a paru discutable pour diverses raisons d'ordre méthodologique.

A) Sur 63 observations, 13 malades n'ont pu être retrouvés. Il est permis de penser que la mort est une des causes les plus probables de l'échec des recherches entreprises pour ces 13 cas. Le pourcentage de décès se trouverait donc entaché d'une erreur systématique.

B) Si l'on considère le tableau I, on constate que la plupart des décès survient après une survie égale ou inférieure à 4 ans; il est donc permis de supposer que parmi les observations récentes (1, 2, 3 et 4 ans) un certain nombre de sujets ne peuvent être considérés comme définitivement guéris.

Si l'on ne considère que les cas pour lesquels nous possédons des indications précises, nous constatons que 12 malades n'ont pas franchi le cap de la 5ème année, alors que 15 ont survécu et survivent depuis plus de 5 ans. Nous pouvons donc raisonnablement présumer que parmi les 21 malades traités et observés depuis moins de 5 ans, une proportion équivalente à $\frac{12}{21}$, soit 9,33, risque de mourir.

Compte tenu de ces deux remarques (A et B), et compte tenu des pourcentages de décès observés dans les deux catégories (50 % de décès dans les réticulines - ; 7,7% dans les réticulines +), nous pourrions estimer le nombre réel de décès qui surviendraient en poursuivant l'étude pendant un plus grand nombre d'années. Nous verrions alors que l'effet observé est encore plus significatif.

En particulier, sur les 13 cas dont l'évolution est inconnue, nous pouvons calculer que 50 % au minimum des réticuline - sont morts, soient 3,5, et seulement 7,7 % des réticuline +, soient :0,5.

Par ailleurs en appliquant les mêmes pourcentages aux 21 malades qui n'ont pas dépassé une survie de 4 ans, nous pouvons calculer que 7,99 réticuline - risquent de mourir; or, parmi ces cas, il n'y a, en fait, que 5 cas de réticuline - . Nous pouvons donc estimer que la mort de ces malades est probable dans les années à venir.

Nous aurions donc au total :

12 + 3,5 + 5 = 20,5 morts en réticuline -
 et 2 + 0,5 + 1,33 = 3,85 morts en réticuline +
 contre : 28,15 vivants en réticuline +
 et 10,5 vivants en réticuline -

La comparaison de ce tableau et du tableau II montre sans qu'il soit nécessaire de calculer un autre χ^2 , que l'effet observé est encore plus significatif.

	+	-
V	28,15	10,5
M	3,85	20,5

NOTE - à l'usage des personnes non familiarisées avec les méthodes statistiques.

On appelle χ^2 une épreuve statisque destinée à tester le

le caractère aléatoire ou significatif de différences relevées entre un pourcentage ou une proportion observés et un pourcentage ou une proportion théoriques. Si la quantité χ^2 trouvée est supérieure à une quantité donnée par des tables, on peut considérer que la différence de pourcentage observé est significative, c'est-à-dire qu'elle n'est pas due au hasard, mais à la présence d'une variante influençante. Les tables fournissant les valeurs des χ^2 pour les différents seuils de probabilité. 10, .05 et .01 . dire qu'un χ^2 est significatif au seuil de . 10, signifie qu'il y a une chance sur 10 pour que la différence observée soit aléatoire. Si χ^2 est significatif au seuil de . 05, il y a 5 chances sur 100 pour que la différence soit aléatoire. Or ici nous avons un χ^2 significatif au seuil de . 01, c'est-à-dire qu'il y a une chance sur 100 pour que la différence soit aléatoire. En pratique, le seuil .05 représente une rigueur suffisante.

Nous pouvons donc affirmer après nous être entourés le plus possible de rigueur scientifique:

"La réticuline est un bon élément pronostique dans les sarcomes choroïdiens."

Note explicative des calculs pratiqués pour parvenir à la conclusion énoncée précédemment :

Calcul du χ^2

		+	-	
A	V	24	12	36
	M	2	12	14
		26	24	50
B		18,72	17,28	
		7,28	6,72	

Correction de Yates

$$= \frac{22,848}{18,762} + \frac{22,848}{17,28} + \frac{22,848}{7,28} + \frac{22,848}{6,72}$$

$$= 1,22 + 1,22 + 3,13 + 3,40 = 9,07 \text{ significatif à } .01$$

Observation A estimation du nombre probable de décès :

$$M + = \frac{6 \times 2}{26} = 0,5$$

$$V + = 6 - 0,5 = 5,5$$

$$M - = \frac{7 \times 12}{12} = 3,5$$

$$V - = 7 - 3,5 = 3,5$$

Observation B : Estimation du nombre probable de décès :

$$\text{Nombre global} \quad \frac{21 \times 12}{27} = 6,33$$

$$M + = \frac{9,33 \times 2}{14} = 1,33$$

$$M - = \frac{9,33 \times 12}{14} = 7,99$$

Nota Bene : Il nous a paru intéressant de traiter les données de la statistique américaine par le même procédé.

On obtient le tableau suivant :

		Réticuline		Totaux
		+	-	
Evolution	V	17	0	17
	M	26	3	29
Totaux		43	3	46

On calcule $\chi^2 = 0,568$ qui n'est pas significatif, même au seuil de .01.

Les auteurs dans leur étude, s'étaient bornés à la comparaison brutale des pourcentages de décès ou de survie. Il est bien certain que les 100 % de morts observés dans le cas de réticuline - n'ont pas grande signification puisqu'ils sont calculés sur 3 cas.

Pas de réticuline	= 3	Morts	= 3	= 100 %	
Réticuline					
moins de 50 %	= 16	morts	= 14	= 87 +	} 68
50 %	= 13	morts	= 10	= 76 +	
plus de 50 %	= 9	morts	= 2	= 22 +	
Réticuline partout	= 5	morts	= 0		

Tableau américain

Les procédés de détection de la réticuline dans la statistique américaine sont différents et certainement inférieurs à ceux employés dans la statistique française. En effet, dans la statistique française, il y a beaucoup plus de cas de réticuline ce qui tendrait à prouver que des fibres callogènes ont été prises pour des fibres de réticuline.

C O N C L U S I O N S

La réticuline est un élément de bon pronostic dans le sarcome de la choroïde . En effet, sur cinquante observations histologiques dont nous avons pu suivre l'évolution clinique, il y a 24 vivants et 2 morts parmi les sujets porteurs de sarcome où nous avons mis en évidence de la réticuline, tandis qu'il y a 12 vivants et 12 morts parmi les sujets chez lesquels nous n'avons pas trouvé de réticuline.

- Donc, 7,7 % de mortalité avec réticuline +
50 % de mortalité avec réticuline -

Il faudrait y ajouter les résultats prévisibles concernant les 13 cas pour lesquels nous n'avons pu avoir l'évolution ; les statistiques précédemment exposées nous permettent de conclure qu'il y aura ou qu'il y a eu :

3,5 morts en réticuline -
et 0,5 mort en réticuline +

Nous arrivons donc aux mêmes conclusions que les auteurs américains, et nous pouvons affirmer que la recherche de la réticuline dans les sarcomes choroïdiens aidera sérieusement au pronostic.
